LETTRE

ADRESSÉE

A M. LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE

DES SCIENCES,

AU SUJET D'UNE OPERATION DE GASTRO STOMIE PRATIQUÉE POUR LA PREMIÈRE FOIS LE 15 NOVEMBRE 1849,

PAR

LE Dr C. SÉDILLOT,

Chirurgien principal des armées, professeur à la faculté de médecine, chirurgien en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, membre correspondant de l'Institut, de l'Académie nationale de médecine, de l'Académie de chirurgie de Madrid, de la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, de la Société de médecine d'Erlangen, de la Société de biologie, de la Société médicale d'Angers, membre de la Société de médecine et du conseil médical du Bas-Rhin, etc., chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

PARIS,

CHEZ J. B. BAILLIÈRE, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

STRASBOURG,

CHEZ DERIVAUX, LIBRAIRE, RUE DES HALLEBARDES, 24

1849.

STRASBOURG, IMPRIMERIE DE G. SILBERMANN.

LETTRE

A M. LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE

DES SCIENCES.

Strasbourg, le 16 novembre 1849.

Monsieur le président,

J'ai l'honneur d'informer l'Académie que j'ai pratiqué le 13 de ce mois l'opération de la gastro-stomie sur un malade unanimement condamné à une mort prochaine et inévitable par suite d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage.

Cette opération, accomplie dans des conditions très-favorables, parfaitement supportée, exempte d'accidents, inspirait les plus légitimes espérances, lorsqu'au bout de quinze heures le malade accusa de l'oppression et s'éteignit tout à coup, quelques heures plus tard, sans plaintes, sans douleurs, sans aucune prévision de la gravité de sa position, et sans que les personnes présentes eussent soupçonné une terminaison si fatale et si imprévue.

La science, appelée à juger le mérite et la convenance de l'opération nouvelle que j'ai proposée et que je viens de pratiquer pour la première fois, ne saurait tirer aucune conséquence définitive de l'insuccès que je signale, avant d'en avoir étudié les détails, recherché les causes et en avoir analysé les éléments permanents ou fortuits.

Dans ce but je rapporterai l'histoire complète du malade en la faisant précéder de quelques considérations relatives à ce sujet.

J'ai eu l'honneur de faire hommage à l'Académie en 1847 de la première partie d'un mémoire imprimé sous ce titre : DE LA GASTRO-STOMIE [1].

Dans ce travail, je montrais combien il serait avantageux d'établir une fistule à l'estomac et de nourrir par cette voie les malades qu'un rétrécissement œsophagien condamnerait à périr misérablement d'inanition.

Je me fondais :

1° Sur la facilité de la guérison des plaies de l'estomac.

2° Sur l'innocuité des fistules stomacales.

3° Sur la possibilité d'entretenir la vie par une alimentation artificielle au moyen de sondes œsophagiennes.

4° J'invoquais enfin mes expériences sur les animaux, chez lesquels la gastro-stomie réussit parfaitement, et nous a permis de faire varier à volonté l'embonpoint, selon la quantité et la qualité des substances alimentaires ingérées par la fistule.

On pouvait supposer que le défaut d'insalivation nuirait à la digestibilité des aliments. Mais cette objection tombait devant la possibilité de conserver l'insalivation en la confiant au malade lui-même.

Les esprits timorés supposaient qu'on serait arrêté par les difficultés de l'opération et qu'on ne parviendrait pas à découvrir l'estomac rétréci et caché dans la profondeur de l'hypochondre et à l'amener au dehors.

On faisait redouter de graves désordres ; la rupture des épiploons ou des intestins, des épanchements abdominaux, des péritonites mortelles, et le champ des hypo-

[1] La deuxième et dernière partie de ce mémoire est actuellement sous presse et sera publiée avec des planches explicatives, dans les premiers mois de l'année 1850.

thèses restait ouvert sur tous les problèmes relatifs à l'alimentation des malades.

La question exigeait donc la sanction de l'expérience, et jusqu'à ce jour nous n'avions pas rencontré l'occasion d'y avoir recours, lorsque notre intervention fut réclamée dans le cas suivant :

OBSERVATION. Montavon (Jean-Pierre), de Rothau, âgé de cinquante-deux ans, exerçant la profession de boucher, fut adressé à la clinique interne de M. le professeur Schützenberger par M. le docteur Bedel de Schirmeck.

ANTÉCÉDENTS. Cet homme, d'une constitution primitivement athlétique, a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'à l'apparition des accidents qui l'ont déterminé à entrer à la clinique. Ses parents ont atteint un âge avancé et ont succombé à des maladies aiguës ; ses quatre enfants sont sains et vigoureusement constitués.

Montavon, il y a un an, pesait 110 kilogrammes, et se croyait assuré d'un long avenir, lorsqu'il éprouva un peu de difficulté dans la déglutition des aliments dont la mastication n'était pas complète. Le bol alimentaire semblait arrêté par un obstacle derrière le sternum et déterminait momentanément un sentiment de gêne et de constriction.

Cet état n'avait pas inquiété le malade qui ne s'en était nullement préoccupé, lorsqu'il y a cinq mois, et pour la première fois, un morceau de viande, imparfaitement mâché, s'arrêta pendant plusieurs heures dans l'œsophage, et fut ensuite rejeté par un simple mouvement de régurgitation, sans vomissement et sans effort.

Depuis cette époque, le même phénomène se répéta fréquemment ; les difficultés de la déglutition augmentèrent et les aliments réduits en bouillie ou très-finement mâchés purent seuls parvenir à l'estomac. Cependant les progrès du mal se continuaient rapidement, et deux

mois plus tard, l'alimentation ne se faisait plus qu'avec des substances liquides. Enfin, il y a cinq semaines, cette ressource elle-même disparut, et quelques cuillerées de boissons aqueuses traversaient seulement de temps à autre le rétrécissement œsophagien.

Lorsqu'une ou plusieurs gorgées de liquides étaient avalées, le malade les rejettait presque immédiatement, melées à de la salive et à du mucus, mais sans aucune trace de sang, de pus ni d'autres produits morbides.

Les douleurs étaient nulles ; et, circonstance remarquable, l'appétit n'était pas très-vif; la soif causait une plus grande incommodité, mais elle était assez facilement calmée par quelques cuillerées d'eau promenée dans l'intérieur de la bouche.

Le cathétérisme de l'œsophage, trois fois essayé, était resté trois fois sans succès. Le traitement avait consisté en frictions, topiques, lavements nourrissants, et le malade était arrivé à un degré d'extrême débilité.

ÉTAT ACTUEL. Maigreur prononcée. Le poids total du corps est de 56 kilogrammes, ce qui représente une diminution de 54 kilogrammes ou 108 livres depuis l'insuffisance alimentaire. Les traits sont abattus, les yeux mornes et ternes, les mouvements lents et pénibles; partout la peau présente des plis nombreux, l'intelligence est nette, quoique frappée d'une sorte d'inertie.

Toutes les tentatives de déglutition restent infructueuses. Des sondes œsophagiennes en gomme élastique, d'autres de même substance, mais terminées par une bougie uréthrale fine et conique en cire jaune, s'arrêtent sur un rétrécissement infranchissable, situé à 33 centimètres de l'orifice buccal. Le malade en indique très-exactement le siége.

Les parois abdominales sont rétractées; l'estomac ni les intestins ne renferment de gaz. Le foie ne dépasse pas

à gauche le rebord des fausses côtes. La respiration est régulière, le pouls est petit, misérable, intermittent, un battement manque toutes les deux ou trois pulsations, et ce temps d'arrêt est parfois suivi de deux ou trois battements précipités.

L'auscultation ne fait reconnaître aucune disposition morbide particulière. Une consultation, dans laquelle ces faits sont de nouveau constatés, est provoquée par M. Schützenberger; ce professeur et MM. Erhmann, Forget, Tourdes, Stoeber, professeurs à la faculté de médecine, M. Hirtz, professeur agrégé, décident unanimement qu'en raison de l'inévitabilité de la mort, il y a lieu de se ranger à mon avis et de pratiquer la gastrostomie, quels que soient les dangers de cette tentative. MM. les docteurs Wieger, Michel, Lach, Bamberger se rattachent également à cette opinion.

OPÉRATION. Le mardi 15 novembre courant, à dix heures du matin, le malade fut transporté à la salle des opérations, où se trouvaient MM. les professeurs Schützenberger, Forget, Stoltz, Tourdes, Stoeber, Goffres; MM. les professeurs agrégés Hirtz, Bach, Aronssohn; MM. les docteurs Stoess, Wieger, Michel, Lach, Clausing, Henry, Bamberger et tous les élèves de la clinique.

Placé au côté droit du malade, je fis commencer les inspirations de chloroforme versé sur une simple compresse roulée et fixée avec des épingles, comme cela se pratique toujours dans mon service.

L'anesthésie fut complète au bout de trois minutes, sans aucune trace d'excitation.

Je pratiquai une incision cruciale de quatre centimètres de diamètre au devant du muscle droit, à six centimètres au-dessous et en dehors de l'extrémité de l'appendice xiphoïde. Les quatre lambeaux furent soutenus et renversés au moyen d'érignes simples.

Je divisai alors l'aponévrose qui recouvre le muscle droit, ce muscle lui-même, l'aponévrose située entre ce dernier et le péritoine, et enfin cette membrane en la soulevant légèrement avec des pinces.

Un seul vaisseau donna du sang et fut lié.

Dès que le péritoine eut été ouvert, on put apercevoir le grand épiploon épanoui à la surface des viscères abdominaux et fort éloigné de la paroi abdominale, en raison probablement de l'introduction de l'air et de la paralysie chloroformique des muscles.

J'allai chercher avec un crochet mousse une petite portion d'épiploon et je l'attirai de haut en bas par la plaie. Le colon transverse fut ainsi amené au dehors. J'essayai de le faire sortir par la blessure pour entraîner l'estomac, mais ayant rencontré de la résistance, je réduisis le gros intestin et l'épiploon en conservant les feuillets superficiels et supérieurs de cette membrane, et, en les développant de nouveau hors de l'abdomen, j'attirai peu à peu dans la plaie une portion de la grande courbure de l'estomac.

Arrivé à ce temps de l'opération, je réduisis l'épiploon, et ayant fait une ponction dans la partie de l'estomac qui me parut appartenir à la face antérieure de l'organe et répondre à la réunion des deux portions pylorique et cardiaque, je fis pénétrer par cette ouverture la canule stomacale dont j'avais adopté l'usage.

Cette canule était composée de deux moitiés ou valves représentant par leur contact un tube complet. Chacune des valves offrait un rebord saillant, coudé à angle droit, l'un pour soutenir l'estomac contre les parois de l'abdomen, l'autre pour retenir l'instrument à la plaie extérieure.

Des tubes cylindriques en argent de différents diamètres pouvaient être introduits entre ces deux valves, les écar-

ter plus ou moins, à volonté, en être retirés, pour les nettoyer, et permettre, dès que les adhérences de l'estomac seraient établies, d'enlever momentanément ou définitivement la totalité de l'instrument, selon les indications.

Un peu de sang s'écoula de la ponction faite à l'estomac; deux sondes cannelées furent portées dans le viscère, et sur chacune des cannelures placées aux angles opposés de la solution de continuité je fis glisser l'une après l'autre les deux valves de ma canule. Ensuite un tube fermé par un bouchon de liége fut placé entre elles pour les maintenir écartées; on fixa avec des boutons disposés à cet effet les diverses pièces de l'instrument, et l'estomac fut réduit.

A ce moment le viscère fut entraîné avec force en arrière, la canule suivit et s'engagea dans l'abdomen de toute sa hauteur qui était de trente-cinq millimètres. Nous fîmes quelques efforts de traction pour soulever l'estomac, mais ayant rencontré de la résistance, nous crûmes que nous obtiendrions plus aisément les rapports de l'estomac avec la paroi abdominale, après que cette paroi se serait davantage affaissée sous l'influence d'une traction continue.

J'appelle l'attention sur cette circonstance qui nous paraît le seul point à modifier dans notre procédé opératoire, comme nous le dirons plus tard.

Des cordons noués autour du corps furent placés dans deux anses extérieurs de la canule dont les bords reposaient sur la plaie, sans pouvoir la traverser. Des fomentations émollientes tièdes furent appliquées sur le ventre.

Une heure s'était écoulée depuis le moment où l'on avait commencé l'anesthésie jusqu'au moment où l'opération avait été terminée. L'insensibilité était restée com-

plète. Le pouls n'avait jamais disparu, et le réveil du malade s'opéra vite et avec régularité.

La journée fut calme. Le ventre, plusieurs fois exploré, ne devint le siége d'aucune douleur. On injecta à plusieurs reprises dans l'estomac, avec une seringue en étain et une longue sonde de gomme élastique, de l'eau sucrée et environ 250 grammes de bouillon de poulet.

Plusieurs fois ce viscère fut trouvé distendu par une bile verdâtre qui s'écoulait par la canule, aussitôt qu'on en enlevait le bouchon ; on vit également dans le milieu de la journée, une assez grande quantité de ce liquide répandue sur la flanelle servant aux fomentations, ce qui provenait de l'occlusion incomplète de l'instrument; mais dans d'autres moments l'estomac parut vide. Tout le liquide ingéré s'accumulait dans la portion cardiaque et n'offrait aucune tendance à s'écouler au dehors.

Je visitai une dernière fois le malade à neuf heures du soir. Je le trouvai très-calme, rempli d'espoir, n'accusant aucune souffrance. Il me demanda s'il aurait bientôt assez de forces pour reprendre l'exercice de sa profession. Le pouls était moins faible, plus fréquent, moins intermittent; la face légèrement colorée. L'abdomen était complétement insensible à la pression; la soif nulle.

L'opéré offrait des conditions si favorables en apparence, que je renonçai au projet de passer près de lui la nuit, comme j'en avais d'abord eu l'intention, et je le confiai aux soins du docteur Wieger, qui voulut bien me remplacer.

Minuit. Le malade dort; respiration bruyante; injection de 60 grammes de solution gommeuse par la canule, d'où s'échappe une petite quantité de liquide verdâtre. Pouls à 100 pulsations; chaleur de la peau moindre qu'à dix heures.

Quatre heures du matin. Assoupissement entremêlé de fréquents réveils.

Quatre heures et demie. Réveil en sursaut avec anxiété; le malade demande de l'air. Abdomen indolore à la pression. Sensation de brûlure au pourtour de la plaie.

Six heures. Accès momentanés de dyspnée et de suffocation. Respiration par instants ronflante et accélérée. Peau chaude au visage et au tronc. Refroidissement des extrémités.

Sept heures. La faiblesse augmentant, M. le docteur Wieger injecte 50 grammes de vin de Malaga dans l'estomac.

La respiration, toujours bruyante, quoique affaiblie, s'arrête par intervalles. Pouls filiforme. Mort à sept heures et demie, sans plaintes et sans aucune agonie.

EXAMEN CADAVÉRIQUE. La nature du rétrécissement œsophagien, les résultats anatomiques de l'opération, les causes de la mort donnaient un grand intérêt à l'examen cadavérique qui fut fait le 15 novembre, à dix heures du matin, en présence de MM. les professeurs Schützenberger, Ehrmann, Forget, Tourdes, Stoeber, Goffres, Bertherand, Aronssohn, Hirsch, Bach, de MM. les docteurs Stoess, Michel, Wieger, Clausing, Henry, Stamm, Lach, Bamberger et des élèves de la clinique.

Raideur cadavérique prononcée; dépression profonde des parois abdominales dont la teinte blanchâtre n'est pas altérée. Quelques marbrures aux épaules et aux membres inférieurs.

Cavité abdominale. Une incision cruciale de la paroi de l'abdomen permet d'apercevoir :

1° Le grand épiploon régulièrement étalé au devant des intestins et entourant de gauche à droite la canule stomacale.

Cet organe est légèrement rougeâtre, mais sans aucune opacité, exsudation, ni adhérence, si ce n'est au pourtour de la canule, où il est fixé à la face externe de l'es-

tomac. Çà et là existent quelques taches ecchymotiques lenticulaires. Une déchirure de cinq centimètres de hauteur se rencontre au-dessous de l'estomac et un peu à gauche, entre deux vaisseaux restés intacts et sans trace d'aucun écoulement de sang.

Les circonvolutions intestinales sont lisses, sans exsudations plastiques ni adhérences. Les portions libres offrent quelques lignes rougeâtres et un peu saillantes qui disparaissent sous la pression du manche du scalpel et n'ont plus été retrouvées après une macération dans l'eau de quatre heures.

L'hypocondre gauche contenait quelques grammes d'une sérosité rougeâtre sanguinolente.

La plaie du péritoine abdominal est entourée d'un léger cercle ecchymotique et mesure vingt-cinq millimètres de diamètre.

La plaie de l'estomac en occupe la face antérieure et est située à 10 centim. 50 millim. du pylore;

15	»	00	»	du cardia;
4	»	00	»	de la grande courbure;
4	»	50	»	de la petite.

La canule en ferme complétement l'orifice et permet par ses ailerons intérieurs de soulever l'estomac et de le ramener au contact de la plaie abdominale.

A droite, des adhérences s'étaient établies entre les deux faces opposées et péritonéales d'un repli de l'estomac. A gauche et supérieurement l'épiploon enveloppait la canule, qui était restée libre et à découvert au milieu de la cavité abdominale, dans une étendue de douze à quinze millimètres.

La paroi stomacale, traversée par la canule, était légèrement ecchymosée par infiltration sanguine dans une circonférence de sept centimètres de longueur sur quatre de hauteur.

L'intérieur du ventricule renfermait deux cents grammes d'un liquide verdâtre.

Le foie était assez volumineux, très-pesant, fortement congestionné et de couleur brune.

La vésicule biliaire était très-distendue par une bile verdâtre qui remplissait également le canal cholédoque et avait abondamment coulé dans l'estomac et les intestins.

Des fèces moulés existaient dans l'*s* du colon et le rectum; la vessie était vide, quoique le malade n'eût pas uriné.

Cavité thoracique. Toutes les côtes ayant été coupées près du rachis, on enleva d'une seule pièce les parois du thorax, en rompant des adhérences anciennes et très-étendues des poumons qui étaient sains.

On renversa de gauche à droite le poumon gauche et il devint facile en disséquant l'œsophage avec le doigt de mettre ce conduit à nu et d'en étudier les altérations.

On découvrit ainsi au niveau de l'origine de la sixième côte une tumeur très-dure, ovoïde, blanchâtre, ayant $0^m,035$ de hauteur sur $0^m,028$ de largeur. Le nerf pneumo-gastrique gauche s'engagait dans la tumeur et y disparaissait pour en émerger un peu plus bas.

M. le professeur Ehrmann en fit la dissection et constatá, après avoir fendu l'œsophage au-dessus et au-dessous des tissus morbides, qu'on parvenait à y introduire avec effort un stylet de trois millimètres de diamètre.

Il n'existait pas de dilatation au-dessus ni au-dessous de la tumeur, et les parois œsophagiennes ne paraissaient avoir éprouvé aucune modification notable.

Examen microscopique de la tumeur. M. le docteur Michel, chef de travaux anatomiques de la faculté, eut la complaisance d'étudier le tissu morbide au microscope, et il le trouva formé par les éléments observés dans les

altérations décrites sous le nom de *cancer épithélial des lèvres.*

Ce tissu était blanchâtre, lardacé, criant sous la section du scalpel, facile à diviser en lames minces et transparentes. La muqueuse était froncée, adhérente et percée de petits pertuis d'où s'échappait assez abondamment une matière d'apparence sébacée, semblable à celle que sécrètent les follicules de la peau (tannes).

RÉFLEXIONS. Les faits précédents démontrent d'une manière irrécusable :

1° L'existence de rétrécissements œsophagiens circonscrits, infranchissables, sans action directe sur les organes environnants, ni sur la constitution générale, et parfaitement compatibles avec la vie, dans le cas où la nutrition serait conservée.

2° La possibilité :

A. De produire artificiellement sur un point déterminé des parois abdominales une hernie de l'estomac ;

B. De percer ce viscère et d'y introduire une canule à demeure, sans hémorrhagies, sans épanchements, sans autres lésions concomitantes, sans péritonite.

L'opération de la gastro-stomie reste donc hors de cause sous le rapport de la certitude des indications, et l'on ne saurait nier qu'elle ne soit exécutable. Reste à examiner quelles ont été les causes de la mort et quels enseignements doivent être tirés de cette observation.

Les savants confrères qui avaient assisté avec nous à l'examen cadavérique se sont accordés dans cette opinion que l'on n'avait rencontré aucune cause appréciable et certaine de la mort.

Les uns ont accusé la faiblesse extrême du malade.

Les autres ont invoqué l'influence du chloroforme employé pendant environ une heure sur un homme profondément débilité.

On a pensé que l'altération du pneumo-gastrique gauche compris dans la tumeur pouvait avoir apporté un trouble fatal dans les fonctions de la digestion et de l'hématose, chez un sujet gravement éprouvé par l'inanition antérieure et par le traumatisme actuel.

Considérant l'hypersécrétion bilieuse, l'activité subite imprimée à l'estomac et la replétion bien qu'incomplète de ce viscère et tenant compte de l'oppression et du refroidissement ressentis par le malade, une quatrième opinion a comparé les phénomènes observés à ceux d'une indigestion dont les suites sont quelquefois mortelles dans des conditions moins dangereuses.

Tout en admettant la valeur de chacun de ces jugements, je remarquerai cependant qu'il nous est arrivé d'opérer avec ou sans chloroforme des malades dont l'état de faiblesse aigu ou chronique était beaucoup plus grave que dans le cas actuel, et que les résultats n'en avaient pas été moins favorables.

Il faudrait donc supposer une circonstance fortuite et exceptionnelle, comme on en possède, il est vrai, des exemples et accuser un hasard malheureux, ce que nous éviterons toujours, lorsque nous pourrons trouver des explications plus positives.

La section d'un pneumo-gastrique n'entraîne pas la mort et la simple compression de ce nerf, dont les fonctions n'étaient probablement pas complétement abolies, ne saurait rendre compte des accidents.

L'indigestion provoquée par les injections faites dans l'estomac nous paraîtrait moins douteuse, s'il y avait eu des efforts de vomissement et une plus grande quantité de matières ingérées. Mais comment expliquer une semblable complication à la suite d'injections de moins d'un demi-litre de liquides, dont le plus nutritif était 250 grammes de bouillon de poulet très-léger? Il y

a là, néanmoins des phénomènes intéressants à étudier.

Nous croyons que la présence de l'air, interposé entre la paroi abdominale, l'estomac et les viscères environnant, a pu occasionner une imminence de péritonite suffisante pour annihiler la vie chez un homme soumis aux diverses causes débilitantes précédemment énumérées.

Quelle que soit du reste l'explication que l'on adopte, on n'hésitera pas, je crois, à considérer la mort comme un fait accidentel, sans liaison nécessaire et inévitable avec l'opération pratiquée. La gastro-stomie ne se trouve donc, en aucune façon, compromise par la terminaison funeste qui est survenue, et en modifiant quelques-unes des conditions opératoires, on en obtiendra, j'en suis convaincu, un succès complet.

Les enseignements qui nous paraissent devoir être déduits des faits précédents, sont les suivants :

1° Maintenir l'estomac à la plaie extérieure de l'abdomen, de manière à fermer complétement cette dernière et à provoquer immédiatement des adhérences entre les deux feuillets viscéral et pariétal du péritoine. On parviendrait à ce résultat en combinant à l'action de notre canule quelques points de suture, destinés à unir les deux plaies.

2° S'abstenir, pendant le premier jour, de faire dans l'estomac aucune injection de liquide, et n'y introduire qu'un peu d'eau le deuxième jour pour rétablir lentement et graduellement les fonctions de ce viscère.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma haute considération et de mon respect.

rCard Camera Crazy.com
STAINLESS STEEL